

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° 528

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

VIOLETTE KŒCHLIN

Externe des Hôpitaux

SUR LE TRAITEMENT

DES

RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

Les indications opératoires. — L'épreuve du pessaire

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

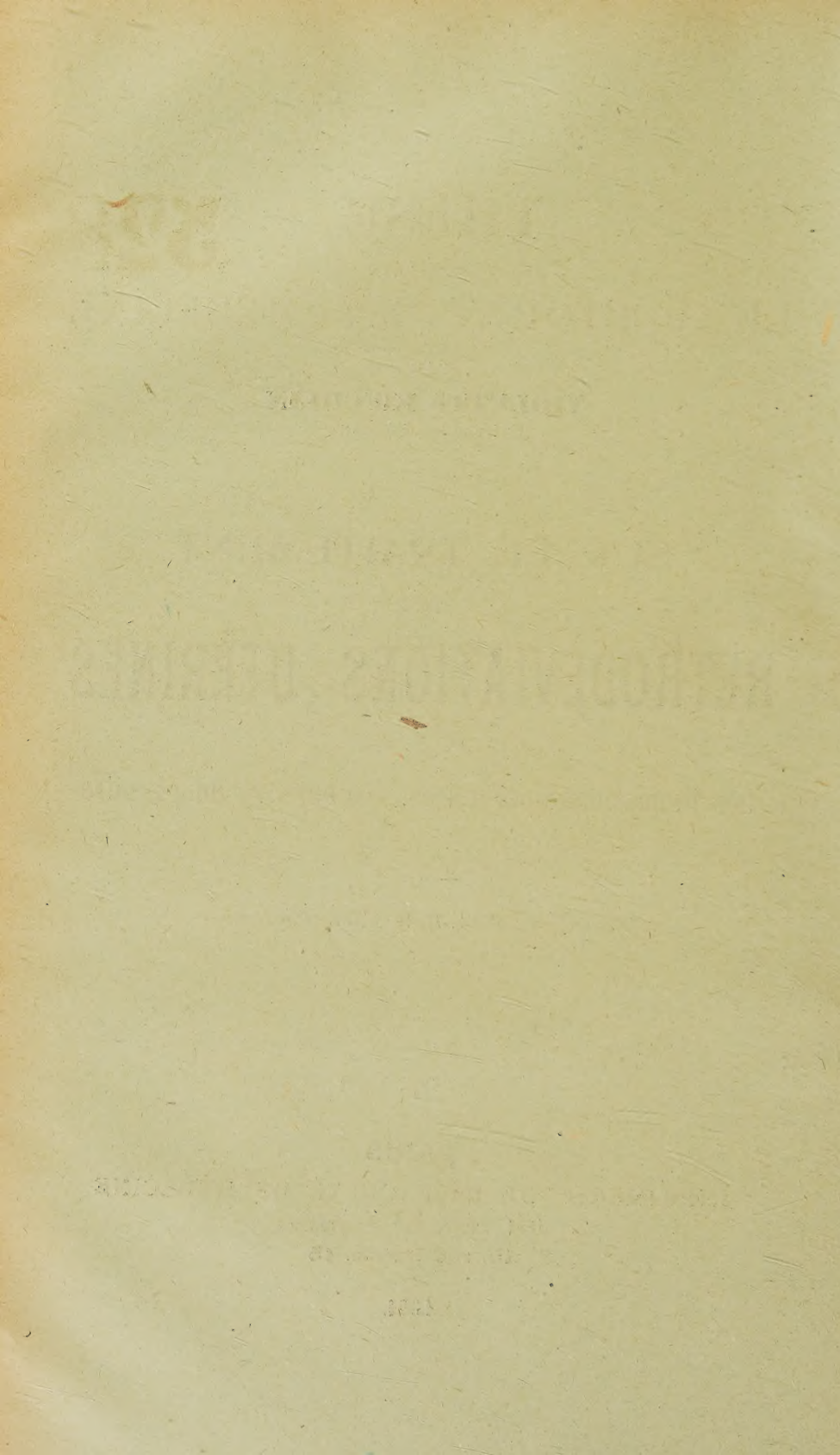
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921



528

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

VIOLETTE KÆCHLIN

Externe des Hôpitaux

SUR LE TRAITEMENT

DES

RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

Les indications opératoires. — L'épreuve du pessaire



Président : M. J.-L. FAURE, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	CHAUFFARD
Clinique des maladies des enfants.	MARFAN
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	NOBECOURT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DUPRÉ
Clinique des maladies du système nerveux.	JEANSELME
Clinique des maladies contagieuses	PIERRE MARIE
	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEIARS
Clinique ophtalmologique	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires.	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFEYNEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MON FIANCÉ

A MES AMIES

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE LYON
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A Monsieur le Docteur DOUAY

Chef des travaux de la Clinique Gynécologique de la Faculté

*C'est lui qui nous a inspiré le
sujet de notre thèse et qui nous a
aidée de ses conseils. Nous lui en
exprimons toute notre reconnais-
sance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique Gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Broca

*Nous sommes heureuse d'avoir
pu profiter de son enseignement,
et nous le remercions de l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

SUR LE TRAITEMENT
DES
RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

Les indications opératoires. — L'épreuve du pessaire

INTRODUCTION

Pendant l'hiver de 1920, le professeur Jean-Louis Faure a bien voulu nous permettre de travailler dans son service de gynécologie à l'hôpital Broca, où nous avons été accueillie avec une bienveillance et une cordialité dont nous conservons un excellent souvenir. L'exécution des massages gynécologiques nous a été confiée. Le Dr Douay, chef des travaux, nous a initiée à cette partie fort intéressante de la gynécologie pratique ; il nous a fait profiter de sa grande expérience et le meilleur des idées que nous exposons dans ce modeste travail, c'est à lui que nous le devons.

Durant ce séjour à l'hôpital Broca, nous avons pu, grâce à l'activité du service, suivre un grand nombre de malades atteintes de rétrodéviations de l'utérus. Les unes ont été traitées médicalement par le massage, la réduction et le pessaire. Les autres ont subi le traitement chirurgical, l'opération de la ligamen-

topexie. Pour faire notre thèse, nous nous sommes enquis auprès de ces malades de leur état actuel, afin de juger des résultats éloignés des deux traitements.

Un si grand nombre de travaux ont été publiés depuis une vingtaine d'années sur les déviations utérines, qu'il peut paraître présomptueux ou inutile d'aborder une fois de plus cette partie de la gynécologie. Mais l'accord n'est pas encore fait entre abstentionnistes et interventionnistes. D'une façon générale, on préfère traiter les rétro-déviations par l'opération chirurgicale, et le professeur Faure est volontiers laparotomiste, afin de se rendre compte de l'état des annexes et d'enlever l'appendice s'il est malade. Cependant il est des cas qu'il ne faut pas opérer, ou du moins qu'il ne faut pas opérer d'emblée : les uns parce qu'ils peuvent guérir complètement par les seuls moyens médicaux, les autres parce que le résultat fonctionnel de l'opération est incertain. Pour ces derniers, le problème de l'indication opératoire est souvent fort délicat à résoudre. Il n'est pas insoluble pourtant : nous essaierons de montrer, dans cette thèse, qu'étant donné un cas de rétrodéviation de l'utérus, on peut quelquefois prévoir quelle sera l'efficacité de l'opération. C'est ce que nous appelons l'épreuve du pessaire.

Cette épreuve peut rendre de grands services, dans les cas difficiles : lorsqu'elle est positive, elle permet d'affirmer que la ligamentopexie, ou même simplement l'opération d'Alquié-Alexander, guérira la

malade de tous ses troubles fonctionnels. On pourra conseiller l'opération en toute connaissance de cause. Au contraire, lorsque l'épreuve est négative, elle démontre que les troubles observés ne sont plus sous la dépendance de l'attitude vicieuse de l'utérus ; il faudra chercher ailleurs, et donner au traitement une orientation nouvelle.

Dans ce travail, nous ne prétendons pas faire une étude complète des rétrodéviations utérines. Nous laisserons de côté ce qui concerne l'historique, l'anatomie et la physiologie pathologiques, les théories pathogéniques, etc. Nous ne discuterons pas non plus la valeur relative des diverses opérations qui ont été proposées pour redresser l'utérus : le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds suivant la méthode de Doléris est actuellement considéré comme l'opération de choix. C'est elle qui a été pratiquée sur nos malades dans le service de M. Faure. Enfin nous ne parlerons pas de la rétrodéviations des femmes enceintes qui soulève des problèmes entièrement différents. Nous nous contenterons d'étudier la question au point de vue clinique, et cela dans le but pratique de fixer les indications opératoires.

Les rétrodéviations secondaires à un processus inflammatoire ne nous arrêteront pas longtemps ; car elles méritent en réalité le nom d'annexites avec rétrodéviations et elles ne font pas partie de notre sujet. Nous avons surtout en vue les déviations primitives, parmi lesquelles nous distinguerons deux

types cliniques différents : la forme récente, qui est simple dans ses manifestations et facile à traiter ; la forme chronique à symptomatologie très variée, dont nous discuterons le traitement.

CHAPITRE PREMIER

Rétrodéviation avec annexite en évolution

De toutes les déviations en arrière de l'utérus, celles qui s'accompagnent de lésions inflammatoires des annexes sont de beaucoup les plus fréquentes, et ce sont elles que l'on voit chaque jour dans les consultations de gynécologie. Mais elles ne constituent pas un type clinique distinct et nous n'en dirons que quelques mots pour les opposer à la forme vraie, dont il est très important de savoir les distinguer.

La rétrodéviation accompagnée d'annexite, ou mieux l'annexite avec rétrodéviation de l'utérus, a l'étiologie habituelle des infections de l'appareil génital. Il est ordinairement difficile de reconstituer l'histoire de la maladie : la déviation a pu précéder et favoriser l'infection, ou bien elle n'est survenue que secondairement, à la suite de poussées répétées de péritonite postérieure qui ont créé des adhérences et soudé l'appareil utéro-annexiel dans le Douglas enflammé. Cette distinction n'a d'ailleurs pas d'importance pratique. La symptomatologie est celle des salpingites aiguës et nous ne la décrirons pas. Elle

est aggravée par la position vicieuse de l'utérus : nous voyons constamment des annexites simples rester complètement latentes ou n'évoluer que par poussées légères très espacées ; cette tolérance des lésions est rare quand la rétrofixation s'y ajoute. Mais il y a seulement aggravation, sans apparition de signes spéciaux, et c'est pourquoi nous disions que la rétro-déviatiion avec annexite n'est pas une entité clinique. Au toucher, on sent le corps utérin basculé, fortement adhérent au fond du cul-de-sac postérieur, très douloureux quand on essaie de le mobiliser. Les culs-de-sac sont tendus. Les annexes forment, de chaque côté de l'utérus, deux tumeurs douloureuses et adhérentes elles aussi, que l'on délimite plus ou moins bien.

Le traitement est celui des annexites, et en l'affirmant, nous n'avons certes pas la prétention de découvrir une vérité nouvelle ! Scultet, dès le xvii^e siècle, traitant de « la réduction de la matrice précipitée », écrit : « Avant que d'entreprendre la « réduction de la matrice, il faut considérer si sa « chute est simple ou accompagnée d'inflammation « ou de quelque tumeur froide. Car, si ces maladies « sont présentes, il ne faut pas entreprendre la réduction de la matrice jusques à ce qu'elles soient guéries par l'usage convenable des remèdes (1). » On a dit, plus récemment, que dans les cas de ce genre, l'annexite était tout et que la rétrodéviatiion

1. Cité par Pichevin, *Sem. Gynéc.*, 1910.

n'était rien, formule qui exagère un peu comme toutes les formules, mais qui indique bien la marche générale à suivre. On mettra la malade au repos, on la calmera par les moyens médicaux habituels. On s'abstiendra rigoureusement de toute manipulation tendant à redresser l'utérus : massage ou réduction manuelle. Non seulement ces manœuvres seraient impuissantes à corriger la déviation qui est presque toujours fortement adhérente, mais elles seraient dangereuses : elles aggraveraient les lésions annexielles.

Si cette thérapeutique est insuffisante et si les poussées salpingiennes se renouvellent, on aura recours au traitement chirurgical. On fera le plus souvent une hystérectomie, quelquefois une opération conservatrice si l'état des annexes le permet, et dans ce dernier cas, on achèvera l'opération en fixant l'utérus en bonne position. On aura ainsi le maximum de chances de soulager complètement la malade, et on la mettra plus sûrement à l'abri de récidives d'infection, car les sécrétions utérines s'accumulent dans la cavité d'un utérus dévié ou coudé et favorisent l'éclosion d'une endométrite nouvelle.

Dans les cas de ce genre la ligamentopexie n'est que le complément d'une opération commandée par l'état des annexes. Ce n'est donc pas ici qu'il est intéressant de discuter ses indications : la décision sera prise au cours de l'opération.

Nous voulions seulement mettre en lumière le point suivant, très important au point de vue pratique : chez une malade qui présente une déviation

en arrière de l'utérus, il faut toujours faire un examen complet de l'appareil génital. Le traitement en dépend, car si la malade est atteinte d'annexite en évolution, le déplacement utérin passe au second plan et il faut traiter l'annexite.

CHAPITRE II

Rétrodéviation simple, récente

Les rétrodéviations simples, sans annexite, qu'il nous reste à étudier maintenant, sont moins nombreuses mais de beaucoup les plus intéressantes. Au point de vue des symptômes et surtout au point de vue du traitement, elles doivent être séparées en deux groupes différents :

- 1° les formes récentes ;
- 2° les formes chroniques.

La rétrodévation récente ne donne souvent que des symptômes atténués. Elle est parfois latente. Il faut savoir la reconnaître et la dépister dès son début, époque à laquelle elle guérit facilement.

Ses conditions étiologiques fournissent d'abord un important élément de diagnostic : sa principale cause est l'état puerpéral. D'après une statistique américaine publiée en 1914 (1), la proportion totale des accouchées qui seraient secondairement atteintes de rétrodéviations, serait considérable. Elle atteindrait 16 o/o pour les malades soignées chez elle et soumises à une hygiène rigoureuse pendant toutes leurs suites

1. Flint, *The Amer. Journ. of Obstetrics*, 1914.

de couches, et 26,4 o/o pour les malades d'hôpital. Il est vrai que cette statistique englobe tous les cas de rétrodéviation constatée au bout de la sixième semaine, même les cas latents et ceux qui guérissent spontanément dans la suite. L'auteur de cette statistique cite comme causes occasionnelles la primiparité — car, dit-il, les parois du segment inférieur de l'utérus et celles du vagin sont particulièrement amincies chez les primipares du fait de l'engagement de la tête pendant la grossesse — les déchirures du périnée, la constipation, la distension vésicale, le décubitus dorsal prolongé trop longtemps, ou au contraire le lever précoce suivi de travaux fatigants. Toutes ces causes agiraient en favorisant la subinvolution de l'utérus. Il faut y ajouter encore un autre facteur : l'infection atténuée. La métrite post-partum avec son retentissement sur la tonicité du muscle utérin et de ses ligaments, est, croyons-nous, la principale cause de rétrodéviation des accouchées. Et c'est sans doute pour cela que la rétrodéviation post-abortionum est encore plus fréquente peut-être que la rétrodéviation post-partum. Beaucoup de nos malades pouvaient nous dire avec précision qu'elles avaient commencé à souffrir après une fausse couche : elles n'avaient pas pris de précautions après cet accident, elles avaient dû continuer à travailler, elles n'avaient pas subi le curettage qui eût été nécessaire pour débarrasser l'utérus des membranes retenues ; une métrite s'était installée, suivie de chute en arrière de la matrice.

Les symptômes sont rarement bruyants, mais suffisants pour attirer l'attention du clinicien. Quatre à six semaines environ après l'accouchement, la malade se plaint, parfois brusquement, de douleurs sourdes dans le bas-ventre ou dans la région lombaire, de constipation et de fatigue générale. Elle avait commencé à se lever, elle se recouche, mais le repos ne la soulage pas. Dans certain cas, l'apparition subite d'hémorroïdes avec leurs douleurs vives et caractéristiques est le premier et le seul symptôme de l'accident qui vient de se produire. Il ne peut manquer d'attirer l'attention et de paraître insolite chez une femme qui n'avait rien eu de ce genre pendant sa grossesse ; l'examen gynécologique est pratiqué et alors tout, s'explique : le fond utérin, basculé dans le Douglas gêne la circulation veineuse du rectum. Souvent la déviation de l'utérus est silencieuse jusqu'au retour de couches : à ce moment, la malade commence à souffrir ; les pertes sanguines traînent en longueur, elles sont abondantes, elles s'accompagnent de coliques. Enfin il n'est pas rare d'observer des cas restés latents pendant plusieurs mois. Aussi faut-il examiner systématiquement les femmes qui ont eu une fausse couche, même après le curettage, et quand elles paraissent en bon état.

Le toucher vaginal permet de faire sans aucune difficulté un diagnostic positif : on trouve l'utérus en rétrodéviation. Il est gros, parce que l'involution est restée incomplète, mou et œdémateux, parce que sa position gêne la circulation veineuse et l'écoulement

des sécrétions. Il est parfaitement mobile. Il n'y a guère de causes d'erreur. Il faut cependant penser à une salpingite ou à un gros ovaire scléro-kystique prolabé dans le Douglas, à un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus. Le toucher bimanuel fait avec soin, lève généralement tous les doutes et permet de sentir que la masse postérieure est bien le corps utérin, sans qu'il soit nécessaire de recourir au cathétérisme à l'aide de l'hystéromètre ou d'une bougie souple.

Que doit faire le médecin qui constate ainsi la rétroversion de l'utérus dès ses débuts ? Sa ligne de conduite est très simple. L'expérience montre en effet que dans les cas récents, l'utérus ne demande qu'à reprendre sa situation physiologique dans le petit bassin. Il est libre de toute adhérence. Il n'a pas encore subi de congestion permanente ni de rétroflexion trop accentuée du fait de sa position vicieuse. Le paramètre est sain. Ce sont les conditions idéales pour pratiquer la réduction manuelle avec de grandes chances de succès et un minimum de douleur pour la malade. Une fois la réduction opérée, on pourra la maintenir par la columisation du vagin, et pratiquer quelques massages qui activeront la circulation, la résorption des exsudats et le retour à l'état normal. Le pessaire donne de très bons résultats : il permet d'éviter la récurrence de la déviation tant que l'utérus et ses ligaments n'auront pas recouvré toute leur tonicité. Dans les cas favorables, la guérison complète sera obtenue en trois ou quatre mois : au bout de ce

temps, la malade pourra se passer de pessaire et l'utérus restera en bonne position. Bref le traitement médical de la rétrodéviatiou utérine trouve ici ses meilleures indications. Nous nous sommes contentée de le résumer, ne voulant pas décrire dans leurs détails tous les petits moyens préconisés surtout par les Américains : les grandes douches vaginales très chaudes qui seraient particulièrement actives pour réveiller la tonicité musculaire, la position gènu-pectorale, le décubitus ventral ou latéral de Sims, l'administration de strychnine, d'ergotine et de quinine à l'intérieur, l'électrothérapie, etc. Chaque médecin choisira parmi ces méthodes, celle qui lui semblera la meilleure ou qui lui sera la plus familière.

La chose essentielle à retenir, c'est qu'ici le traitement médical suffit très souvent à obtenir une complète guérison, d'où l'importance d'un diagnostic précoce. En tous cas, ce traitement doit toujours être tenté et patiemment poursuivi pendant plusieurs mois avant de poser la question de l'intervention chirurgicale.

Une forme rare de rétrodéviatiou récente est signalée par certains auteurs (1) : c'est la rétrodéviatiou aiguë traumatique. Elle serait causée soit par une chute, par des secousses, ou même par une émotion violente. Elle pourrait se manifester par des symptômes très aigus : douleur abdominale vive, état syncopal, ténésme rectal et vésical, rappelant ceux de

1. Macrez, *La Gynéc.*, 1910.

la grossesse tubaire rompue. De tels cas doivent être extrêmement rares et nous n'en avons jamais observés. Le traitement est le même que celui des rétro-déviationes récentes post-partum.

CHAPITRE III

Rétrodéviation chronique

Nous avons étudié jusqu'à présent deux formes très différentes de la rétrodéviat ion utérine. Nous allons les retrouver ici, modifiées par l'évolution qu'elles ont accomplie. En effet, la rétrodéviat ion récente d'origine puerpérale peut devenir chronique, soit que le traitement médical n'ait pu la corriger, soit que la malade ait négligé de se faire soigner : elle vient à l'hôpital longtemps après le début de ses accidents alors que les symptômes se compliquent et que les troubles généraux font leur apparition.

Quant aux états inflammatoires, quant à l'annexite aiguë compliquée de rétrodéviat ion, elle peut refroidir sous l'influence du repos et du traitement médical. La douleur, la fièvre, les sécrétions purulentes disparaissent. Mais ordinairement, la guérison n'est pas complète : les adhérences qui fixent le fond utérin au cul-de-sac de Douglas persistent à l'état de tissu fibreux organisé, et la position vicieuse de l'utérus devient permanente.

Enfin il existe des malades chez lesquelles la déviation est chronique d'emblée : c'est la rétroflexion pri-

mitive de l'utérus, ou rétroflexion congénitale, tout à fait indépendante de l'infection et de la puerpéralité. Elle est due, suivant les cas, à un défaut de développement de l'utérus qui est grêle, rétrofléchi en crosse, avec un col long et infantile, ou à une laxité ligamenteuse spéciale qui prédispose aux descentes viscérales, aux ptoses multiples. On en a fait dans beaucoup d'ouvrages des descriptions spéciales, auxquelles nous renvoyons le lecteur. Il est rare de les rencontrer à l'état pur. Elles sont modifiées au cours de leur développement par les relations sexuelles, les infections, l'état puerpéral, et ce sont ces cas modifiés qu'on a l'occasion de voir et de soigner dans les services d'hôpital.

Symptômes

Il est difficile de décrire une symptomatologie précise des rétrodéviations de l'utérus. Cette symptomatologie, disait Bouilly il y a une vingtaine d'années, est un des points les plus obscurs de la pathologie utérine. Elle l'est encore. Essayons cependant d'en dégager les principaux traits.

Les rétrodéviations se manifestent en général par des symptômes modérés. Les malades se plaignent d'une lourdeur douloureuse dans le ventre. Elles accusent une sensation de poids sur le fondement, ou d'endolorissement de la région lombaire. Très souvent, phénomène presque pathognomonique, au moment de s'asseoir ou de se lever, surtout si le mouvement est un peu brusque, elles éprouvent dans

le bassin la sensation d'un corps qui remue, de « quelque chose qui bouge », selon leur expression. Les secousses de la voiture exagèrent ces phénomènes : chaque cahot est ressenti douloureusement. Les rapports sexuels produisent une douleur vive au fond du vagin, ou laissent dans tout l'abdomen une sensation consécutive de courbature et de malaise. La marche et la station debout sont particulièrement mal tolérées et la malade se trouve dans l'incapacité de circuler ou même de s'occuper seulement de son ménage : la sensation de poids s'exagère et s'irradie dans tout le ventre, l'abdomen a tendance à se ballonner, la fatigue arrive, rapide, impérieuse et exige le repos. C'est en s'allongeant sur le ventre ou sur le côté que la malade se repose le mieux. Le décubitus dorsal soulage mal la douleur.

La douleur n'a pas toujours de localisation précise. Souvent les malades ne souffrent pas du ventre. Elles se plaignent de lassitude générale. « Je suis toujours courbaturée et fatiguée, je ne peux rien faire », disent-elles. D'autres se plaignent des membres inférieurs : elles éprouvent une sorte de crampe lombaire qui se prolonge dans les cuisses, ou simplement une faiblesse des jambes qui les oblige à s'asseoir dès qu'elles sont restées debout pendant quelques minutes. Dans le *Médical Record* de 1919, Herz décrit ce symptôme sous le titre : un cas de rétroversion avec symptômes rares. Mais nous ne croyons pas que de tels cas soient exceptionnels et nous en avons vu plusieurs parmi les malades de l'hôpital Broca.

Après la pesanteur douloureuse du-ventre et la latititude générale qui l'accompagne, la dysménorrhée est le symptôme le plus constant : les premiers jours des règles sont accompagnés de coliques utérines très vives forçant la malade à garder le lit. Ces coliques précèdent de plusieurs heures l'apparition du flux menstruel, signe caractéristique des flexions utérines. Souvent les règles sont plus abondantes et plus prolongées qu'à l'ordinaire. Un certain nombre de nos malades, dont la déviation était primitive, avaient eu des règles abondantes et douloureuses pendant les années qui suivirent leur formation. Plus tard, la dysménorrhée s'atténua, sans doute parce que les gestations ultérieures, sans corriger la déviation, avaient dilaté la cavité utérine et facilité l'écoulement du sang menstruel. C'est donc chez les jeunes filles que ce symptôme peut avoir son maximum d'intensité.

Dans l'intervalle des règles, la leucorrhée est fréquente, leucorrhée formée de mucus clair et stérile tant qu'il n'y a pas de métrite concomitante. Les métrorragies ont été signalées. M. Dalché (1) cite le cas d'une jeune fille chez laquelle l'unique symptôme de la déviation utérine fut une perte de sang abondante qui ne disparut que lorsque la matrice fu redressée et maintenue par un pessaire.

L'utérus basculé en position anormale peut gêner le fonctionnement des réservoirs situés en avant et en arrière de lui, et déterminer des phéno-

1. Dalché, *La clinique*, 1908.

mènes de compression de la vessie et du rectum : constipation, douleur en allant à la selle, dysurie.

Tels sont les troubles fonctionnels locaux dont se plaignent les malades atteintes de rétro-déviatio*n* chronique de l'utérus. Chez certaines de ces malades, ils en constituent toute la symptomatologie. D'autres présentent encore une série de troubles à distance. Parmi eux, la première place appartient aux troubles digestifs. Il est tout à fait banal d'entendre la femme que l'on soigne pour une rétroversion de l'utérus se plaindre de l'estomac. Elle a des digestions pénibles et lentes, accompagnées de migraine, de sensation de poids sur la région épigastrique, de nausées ou de vomissements. Elle perd l'appétit et elle maigrit. A ce syndrome d'hyposthénie gastrique, s'ajoutent des troubles intestinaux. L'entérite muco-membraneuse est si fréquente qu'elle est considérée par certains auteurs comme une maladie d'origine utérine. L'appareil digestif n'est pas toujours le seul intéressé : il peut y avoir un relâchement de tous les ligaments de l'abdomen, qui entraîne des ptoses viscérales multiples, mobilité des reins, abaissement du foie, entéroptose, etc. Ces différentes ptoses s'associent souvent à la rétrodéviatio*n* des vierges, par prédisposition congénitale.

On signale encore comme troubles rares liés à la rétrodéviatio*n* utérine, des phénomènes respiratoires ou cardiaques, toux, dyspnée, palpitations, asthme, des névroses comme la chorée et l'hystérie. Il faut les connaître pour ne pas prendre certaines

malades pour des tuberculeuses, des cardiaques ou des névropathes incurables. Solé (1) cite le cas d'une jeune fille de vingt-trois ans qui présentait une rétroflexion utérine irréductible avec dysménorrhée et constipation. Depuis les premières règles, apparues à l'âge de seize ans, la malade avait des troubles visuels, des sensation de boule la serrant à la gorge, et des crises hystériques revenant jusqu'à cinq et six fois par semaine. L'hystéropexie abdominale fut faite. La malade eut encore deux crises quelques jours après l'opération, et ce fut tout. Elle fut complètement et définitivement guérie des symptômes utérins proprement dits comme de l'affection nerveuse. Il s'agissait donc d'une névrose symptomatique qui, pour une fois, méritait bien son nom d'hystérie. L'interprétation de ces troubles à distance a été discutée. L'opinion généralement admise est celle que donnent MM. Siredey et Faure dans leur *Traité de Gynécologie*. « Il est rationnel de considérer ces complications successives comme des phénomènes réflexes ayant leur point de départ dans l'appareil utéro-ovarien, que sa riche innervation met à la fois en rapport avec le grand sympathique abdominal par le plexus hypogastrique, et avec la moelle par le honteux interne. »

Enfin il n'est pas rare d'observer chez les malades atteintes de rétrodéviations anciennes, des troubles psychiques plus ou moins marqués, et cela n'est pas surprenant : une maladie aiguë mais courte cédant

1. Solé, *Presse médicale belge*, 1902.

rapidement sous l'influence du traitement, une annexite que l'on opère, par exemple, est en général bien supportée. Il n'en est pas de même d'un état chronique qui, sans causer de douleurs vives, entraîne une gêne et une fatigue continuelles, oblige la femme à mener une vie d'infirme, l'empêche de travailler et d'avoir des enfants, lui cause mille petites misères et retentit à la longue sur sa santé générale. Tout cela finit par épuiser la résistance nerveuse des malades. Ce qui contribue encore à les « énerver » et à les décourager, ce sont les longs traitements qu'elles ont subi, les tentatives de réduction manuelle ou de réduction par le pessaire, dont elles gardent un souvenir d'autant plus pénible que le résultat n'a pas été celui qu'elles espéraient. Certaines femmes, en général des prédisposées, traversent des phases de dépression mélancolique, avec préoccupations hypocondriaques. D'autres, sans passé névropathique, ont bien supporté le début de leur maladie. Mais peu à peu leur résistance fléchit, et elles présentent le tableau complet de la neurasthénie : ralentissement général de toutes les fonctions, céphalée, rachialgie, insomnie. Sur cet état organique, se greffent des troubles de l'humeur, une hyperémotivité que la malade ne réussit pas à vaincre : tout l'agite, la présence de sa famille l'énerve, elle a des frayeurs subites, des crises de larmes, des accès de colère. Tout cela n'a rien de caractéristique : il s'agit de troubles généraux et psychiques comme ceux qui font naître toutes les causes débilitantes et dé-

primantes. Mais leur fréquence et leur degré d'intensité leur donne une place importante dans la symptomatologie des rétrodéviations. Notre observation VIII en donne un exemple intéressant.

Pour ce qui est des rapports de la rétroversion utérine avec la gravidité, nous rappellerons seulement la fréquence des cas de stérilité, ou d'avortement au début de la grossesse. Si la grossesse n'est pas interrompue, l'utérus peut se redresser et se développer dans l'abdomen. Dans les cas défavorables, il s'enclave dans le petit bassin, et on assiste alors à de graves accidents de compression vésicale que nous ne pouvons décrire ici sans sortir du cadre de notre sujet.

Tel est l'ensemble des symptômes fonctionnels des rétrodéviations utérines, qu'il était nécessaire de décrire rapidement pour montrer ensuite les problèmes qui se posent au sujet du traitement. Le groupement en est très variable : il y a des formes surtout locales, des formes surtout digestives, des formes dominées par les troubles généraux évoluant vers la neurasthénie.

Parmi tous les signes que nous venons d'énumérer, il n'en est pas un qui soit vraiment pathognomonique. Les symptômes locaux appartiennent à ce que Pozzi a décrit sous le nom de « syndrome utérin ». Les symptômes généraux sont encore moins caractéristiques. Sans autre moyen d'investigation que l'interrogatoire de la malade, il serait impossible de poser un diagnostic ferme. Mais le toucher et le pal-

per combinés donneront des renseignements exacts sur la position de l'utérus, sur son volumè et sa consistance. Quelquefois il est fortement rétrofléchi et on sent l'angle qui sépare le col du corps plongeant dans le Douglas, quelquefois simplement rétroversé avec refoulement du col contre la symphyse ; le plus souvent la rétroversion et la rétroflexion coexistent. Il est de consistance variable, molle ou d'une dureté scléreuse. Il est réductible dans les cas les plus simples ; plus souvent, il est fixé par des adhérences, primitives en cas d'annexite guérie, secondaires si l'utérus rétrodévié s'est infecté secondairement et s'est entouré d'une gangue de périmétrite diffuse. Mais même alors, on pourra quelquefois le mobiliser et le réduire après quelques séances de massage.

Un type un peu spécial est la rétrodéviation intermittente décrite par Pozzi sous le nom de mobilité utérine excessive, par le professeur Lejars sous celui d'utérus ballant (1) : ce sont des utérus mal soutenus qui ne tiennent jamais en place, qui ne sont jamais en attitude normale, mais qu'on trouve tantôt en rétroflexion complète, tantôt en anté-flexion complète également, tantôt en déviation latérale. Ils oscillent dans le pelvis. Ils créent, de ce fait, des douleurs et des troubles fonctionnels intermittents. Ils peuvent prêter à erreur, mais il est facile de les dépister par plusieurs examens successifs.

1. Lejars, *Sem. méd.*, 1914.

Traitement. — Résultats de la ligamentopexie

Le diagnostic par l'examen bimanuel est donc facile, et nous arrivons à l'étude du traitement. Que fera le médecin ou le chirurgien appelé à traiter une femme qui présente l'un des syndromes décrits plus haut et chez laquelle le toucher révèle l'existence d'une rétro-déviation de l'utérus, rétro-déviation chronique invétérée ? Le choix du traitement était facile alors qu'il s'agissait des formes récentes. Mais ici nous nous heurtons à des problèmes complexes et délicats à résoudre.

Le traitement médical est peu efficace contre la rétro-déviation invétérée. Il n'est qu'un palliatif. La réduction manuelle, lorsqu'elle est possible, est suivie de récidence. Le massage, suivi de columnisation vaginale, permet de libérer peu à peu un utérus partiellement adhérent, mais ne le maintient pas et ne donne qu'une amélioration passagère des symptômes. Le pessaire ne guérit pas la déviation ancienne comme il guérit complètement les déviations récentes et accidentelles : dès qu'il est enlevé, l'utérus retombe. Son port trop prolongé a les inconvénients que l'on sait, et qui ont été l'objet de nombreuses discussions : ulcération du vagin, réveil d'une métrite ou d'une annexite ancienne, etc. Il ne peut guère être conseillé qu'aux malades aisées qui peuvent se soigner, être surveillées et revues régulièrement chaque mois. Tel n'était pas le cas de nos malades de l'hôpital

Broca. Puisque le traitement médical échoue, le traitement opératoire semble parfaitement indiqué, d'autant plus indiqué que le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds suivant la technique de Beck-Dolérís est une opération parfaite au point de vue anatomique, sans aucun danger pour l'avenir, vraie ligamentopexie physiologique qui redresse l'utérus au moyen de ses propres ligaments. Doit-elle être faite dans tous les cas de rétrodéviatió chronique de l'utérus ? Sinon quelles en sont les indications ? Voici la question que nous voulions envisager, et à laquelle nous allons consacrer le reste de notre travail.

A. — Il existe tout d'abord un point qui a été parfaitement mis en lumière il y a une vingtaine d'années, en particulier par les travaux de Pozzi et de Dolérís : la ligamentopexie est inefficace toutes les fois qu'outre la rétrodéviatió, il existe des lésions concomitantes ; inefficace au point de vue anatomique comme au point de vue fonctionnel.

La première indication consiste donc à rechercher et à traiter ces lésions. Quelles sont-elles ?

Elles sont trop bien connues ainsi que leur thérapeutique pour qu'il soit nécessaire de les décrire longuement. Ce sont les diverses variétés de métrite, métrite post-partum qui a préparé et précédé la déviatió, ou métrite consécutive qui s'est développée plus facilement du fait de cet utérus dévié où stagnaient les sécrétions. On examinera le col. On aura recours aux topiques habituels, ou bien aux

opérations plastiques de Schröder, d'Emmet, etc. On fera un curettage de la cavité utérine si on en est partisan.

Un deuxième groupe de lésions sont celles des parois vaginales et du périnée. Dans la rétrodéviation, l'utérus et ses ligaments ont perdu leur tonicité. De même, les parois vaginales sont souvent atones, présentant des colpocèles antérieures ou postérieures, même quand elles n'ont pas été surdistendues et craquelées par un accouchement trop brusque. « Dans ce cas, toute la colonne vagino-utérine est comme une loque affaissée, sans tonus, en accordéon » (Macrez). Le prolapsus utérin vient alors compliquer la rétrodéviation, et l'expérience montre que ces cas sont particulièrement mal tolérés. On y remédiera par la colporraphie antérieure, la colpoperinéorraphie. Plus tard, la question de la ligamentopexie se posera, à moins que l'on ne fixe immédiatement l'utérus pour éviter à la malade les ennuis d'une deuxième opération. M. Faure opère souvent en une seule séance, commençant par la laparotomie, continuant par l'opération vaginale. En raison de la longueur de la séance, il vaut mieux faire une anesthésie par voie rachidienne.

C'est la méthode des « opérations combinées » de Doléris (1), méthode excellente et qui a fait ses preuves. On n'en discute plus, actuellement, que des points de détail.

B. — Nous avons hâte d'arriver au cas qui nous

1. Congrès d'Obst. et de Gynéc. Bordeaux, 1895.

intéresse le plus, celui où l'examen montre l'existence d'une rétrodéviatiou de l'utérus sans éléments morbides surajoutés, soit que la métrite et les parties molles avoisinant l'utérus aient déjà été traitées et guéries, soit qu'elles n'aient jamais été malades. Dans ce cas que faut-il faire ? La question paraît tout à fait légitime. Sa légitimité cependant a été contestée.

Une étude très intéressante a été publiée sur ce sujet par Pozzi (1). Or Pozzi nie catégoriquement que la rétrodéviatiou de l'utérus existe en temps que maladie indépendante capable de créer des symptômes propres, et qu'elle doive être corrigée. « La conception de la rétrodéviatiou de l'utérus comme maladie essentielle, dit-il, date de Velpeau et de ses élèves : les maladies de l'utérus et des annexes, exception faite des corps fibreux et du cancer, furent alors presque toutes attribuées à un changement de direction de la matrice. Nos anciens, réduits aux seules données cliniques, privés des notions exactes que nous a fournies depuis l'observation directe à l'aide de la laparotomie, prenaient un facteur isolé pour la maladie elle-même... C'est un véritable vestige du passé que ce chapitre distinct encore consacré aux rétrodéviations de l'utérus dans tous les livres de pathologie. Il est temps de rayer cette prétendue maladie du cadre nosologique. Elle ne joue qu'un rôle effacé dans la production des accidents. Ce n'est pas elle qui, dans le combat livré à la maladie cons-

1. Pozzi, *Revue de Gynéc. et de Chir. abd.*, 1897.

titue la clef de la position, et tous les efforts du traitement doivent s'adresser à une cause différente et supérieure qu'il s'agit maintenant de rechercher et de découvrir. »

La cause différente et supérieure est tantôt l'infection annexielle ou utérine, tantôt l'affaiblissement du périnée, tantôt la mobilité utérine extrême facilement curable par le tamponnement du vagin, le port momentané d'un pessaire et d'une ceinture hypogastrique. Et Pozzi affirme que lorsque ces facteurs auront disparu, la malade sera guérie fonctionnellement. Elle ne souffrira plus quand même l'utérus resterait en arrière. La conclusion pratique de cette théorie est celle-ci : en présence d'une malade qui présente une rétrodéviation utérine et qui souffre, il ne faut tenir aucun compte de la déviation et chercher ailleurs. La situation de l'utérus n'a pas d'importance et la ligamentopexie est une opération inutile.

Nous ne pouvons accepter cette idée. Nous avons vu des cas où la déviation en arrière de l'utérus constituait, nous avons pu le démontrer, la clef de la position. Mais avant de conclure, il faut examiner attentivement les faits, et il faut avouer qu'ils paraissent contradictoires.

D'abord, ne savons-nous pas qu'il existe un grand nombre de femmes atteintes de rétroversion ou de rétroflexion n'accusant aucun symptôme morbide, et cette constatation n'est-elle pas faite pour jeter le trouble dans l'esprit ? Le hasard des examens fait

découvrir des rétrodéviations que rien ne faisait soupçonner. Chez nombre de femmes âgées, l'utérus représente un petit corps dur, enclavé et immobile dans le bassin, indolent et indifférent. Le cas se voit aussi chez les femmes jeunes et beaucoup de rétroflexions congénitales restent latentes. En outre certaines femmes accusent à un moment des troubles fonctionnels ou douloureux que l'on croit pouvoir rapporter à une rétrodévation bien et dûment constatée. De ces malades, les unes sont soignées banalement, guéries d'une simple métrite par exemple ; elles gardent leur déviation et voient disparaître leurs accidents ; d'autres sont soignés logiquement : la déviation est corrigée et maintenue. Mêmes résultats. Quelques mois après, le pessaire est retiré. La déviation se reproduit, ou déjà elle s'est reproduite par la faute d'un instrument mal appliqué ou mal surveillé, et néanmoins la guérison fonctionnelle persiste.

Le cas inverse, celui où la guérison anatomique est parfaite, mais où les troubles fonctionnels persistent est plus déconcertant encore. Richelot a publié jadis l'observation d'une malade qui présentait une rétroversion utérine avec rétroflexion légère, mobile, et qui souffrait de douleurs continuelles dans le ventre et dans les reins, douleurs plus fortes au moment des règles. On fit le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Un mois après, l'utérus était en position parfaite, mais la femme

souffrait tout autant. On se résigna enfin à pratiquer l'ablation totale de l'utérus et des annexes, et on constata l'intégrité complète de tout l'appareil génital. A défaut de notion plus précise, on porta le diagnostic de névralgie pure, utérine et pelvienne.

Dans une thèse soutenue en 1912 à Tubingen et qui porte sur 142 cas de rétroflexion utérine mobile, non compliqués, opérés par la méthode d'Alquié-Alexander et longtemps suivis, Mlle Hélène Hoelder note les résultats suivants : un tiers des femmes chez lesquelles le résultat orthopédique était nul ne souffraient nullement, et chez un tiers de celles qui gardaient un utérus bien redressé, le résultat fonctionnel était mauvais. Enfin plus récemment, M. Lejars (1) constate que plusieurs de ses opérées recommencent à souffrir, parfois tardivement au bout de trois, quatre ou six mois. Chez deux d'entre elles, il fallut même intervenir une deuxième fois et les douleurs cessèrent après la libération secondaire de l'utérus. Il est vrai que ces deux femmes avaient subi l'hystéropexie directe et M. Lejars suppose que la fixation utérine, large et solide, même limitée à l'isthme, peut devenir une cause de gêne et de douleurs. La ligamentopexie n'a pas cet inconvénient.

Il était nécessaire de connaître ces faits, invoqués par les adversaires de la ligamentopexie. Mais il ne faut pas oublier que les cas d'échec fonctionnel de la ligamentopexie sont une minorité. Ce sont des cas paradoxaux. D'après la statistique allemande que

1. Lejars, *Sem. méd.*, 1914.

nous citions tout à l'heure, le tiers des malades ne furent pas soulagés. Mais les deux autres tiers furent guéries et le furent au point de vue fonctionnel comme au point de vue anatomique. Ces femmes avaient été opérées par la méthode d'Alquié-Alexander. Les statistiques portant sur les cas opérés par la méthode de Doléris sont encore beaucoup meilleures. Sur 47 cas de Richelot, il y eut 39 guérisons complètes, parmi lesquelles une malade qui souffrait depuis neuf années, et qui, quatre mois après l'opération, se trouvait entièrement guérie, ne souffrant plus, pouvant faire des promenades et déclarant : « Je ne suis plus la même. » Parmi les opérées du service de M. Faure, nous avons vu des succès aussi brillants dont nous aurons l'occasion de reparler.

La ligamentopexie, en résumé, donne souvent de beaux résultats fonctionnels, mais elle échoue parfois.

Interprétation de ces résultats

Comment interpréter ces faits contradictoires ? Pourquoi l'opération réussit-elle, pourquoi échoue-t-elle ? Et pratiquement, y a-t-il un moyen de savoir d'avance quelle sera son efficacité ?

Nous voulons essayer de répondre à ces questions, la question d'interprétation et la question pratique, d'après ce que nous avons vu. Nous avons traité et suivi des malades avant et après leur opération. Nous avons aussi convoqué toutes les opérées ayant subi une ligamentopexie dans le service de M. Faure

pendant les années 1920 et 1921 afin de connaître les résultats éloignés de leur opération. Nous pouvons répartir ces cas en deux catégories.

Une première catégorie comprend les malades qui présentaient une symptomatologie locale, un syndrome utérin. Parmi elles, les unes ont vu disparaître après l'opération tous leurs symptômes. Les autres n'ont été qu'améliorées : elles ont moins de pesanteur, moins de tiraillements dans le bas-ventre. Mais la dysménorrhée persiste, les règles sont toujours aussi abondantes et aussi douloureuses (1). Il paraît logique de l'expliquer de la manière suivante : dans tous les cas, il s'agissait d'accidents de congestion utérine ; cette congestion était le facteur de la douleur, la cause des anomalies menstruelles ; congestion créée et entretenue par la rétroversion chez les malades guéries par la ligamentopexie, congestion essentielle chez les autres. Cette notion pathogénique est autre chose qu'une supposition gratuite : elle repose sur des faits précis. En effet, dans les cas de rétro-déviations aiguës traumatiques qui ont été observés, on saisit sur le vif le rôle de la congestion de l'utérus : le toucher pratiqué pendant la période des douleurs violentes fait sentir dans le cul-de-sac postérieur une masse très dure, très grosse, animée de pulsations. La crise douloureuse passée, le toucher fait percevoir la même masse en arrière mais la dureté et les battements ont disparu. Parfois la congestion fait place à l'œdème, et le corps utérin forme

1. Obs. VII.

alors une masse volumineuse dans laquelle les doigts s'impriment comme dans un bloc d'argile. Si l'on réduit l'utérus, il reprend peu à peu un volume et une consistance normale et la femme ne souffre plus. Quant à la congestion essentielle des femmes qui souffrent quelle que soit la position de leur matrice, elle est bien connue et elle donne les mêmes symptômes. C'est la « fausse métrite » décrite par Doléris, la « sclérose utéro-ovarienne » de Richelot évoluant en deux phases, une phase de congestion utérine et une phase de sclérose confirmée, le tout paraissant en rapport avec un tempérament neuro-arthritique.

La deuxième catégorie comprend les femmes qui se plaignent de symptômes généraux ou de symptômes à distance. Les résultats opératoires sont moins bons, plus variables que dans le cas précédent. Il faut en chercher la cause dans l'évolution de la maladie. Prenons l'exemple de l'entérite muco-membraneuse réflexe. Au début, ce trouble digestif est purement fonctionnel et lorsque l'épine irritative qui l'entretient aura disparu, il guérit rapidement. Mais à la longue, il paraît retentir profondément sur la muqueuse et la contractilité de l'intestin. Alors il s'installe, il évolue pour son propre compte et la plus belle intervention sur l'utérus n'a plus d'action sur lui. Les entérites anciennes sont tenaces. Il en est de même des troubles nerveux et psychiques. Certaines malades n'ont aucune chance d'être guéries par l'opération : ce sont les « névropathes à prétexte abdominal » de Bouilly, chez les-

quelles tout est matière à douleurs exagérées et dont la déviation n'est qu'un facteur sans importance. Elles accusent de violentes douleurs abdominales et pelviennes, se condamnent à un repos et à une immobilité dont elles ne veulent pas sortir et présentent pour toutes lésions une rétrodéviation mobile. Celle-ci est opérée et tous les symptômes persistent : mêmes douleurs, mêmes troubles de la marche, même état nerveux. Au contraire, les malades dont la dépression ou la neurasthénie sont le résultat de l'épuisement apporté par la maladie peuvent guérir. Le retour à la santé est lent, il dure plusieurs mois ; il est complet si la malade a été convenablement traitée et si tout a été fait pour restaurer l'appareil génital en son état normal. Chez ces femmes, il est particulièrement important de rechercher avec soin les lésions associées, de soigner une vieille métrite, de dépister l'annexite la plus légère, car tout, chez elles, est ressenti à l'excès. Si le traitement laisse subsister un symptôme, ce dernier symptôme reste comme l'épine à laquelle s'accroche la préoccupation morbide de la malade et qui, lui interdisant la guérison idéale qu'elle avait espérée, la laisse parfois plus impotente et plus découragée qu'avant l'intervention.

Enfin, avant de clore ce chapitre, il faut signaler une explication ingénieuse donnée par les auteurs américains de certains cas d'échec de la ligamentopexie. Cette explication s'applique aux femmes atteintes de rétroversion et souffrant de courbature

lombaire et sacrée. Reynolds et Sturmdorff attribuent ces symptômes à l'attitude de la femme et à l'orientation de son bassin dont l'axe fait avec l'horizontale un angle plus grand que la normale et dont le sacrum a basculé en arrière. Ceci oblige la malade à faire un effort musculaire continu pour garder son équilibre. D'autre part l'utérus, dont la face antérieure est soumise à la pression du paquet intestinal plus que normalement, bascule en arrière. Tout se ramène à une question de statique pelvienne. Sturmdorff en conclut que la première et la principale indication thérapeutique consiste à remettre le bassin dans son équilibre normal par une gymnastique et des appareils orthopédiques appropriés.

Nous ne pouvons pas juger ces méthodes dont nous n'avons aucune expérience. Mais nous avons vu des femmes dont la fatigue et la courbature lombaire n'étaient pas soulagées par l'opération. Elles auraient peut-être bénéficié du traitement orthopédique américain.

Epreuve du pessaire

Toutes ces considérations éclairent un peu la question au point de vue théorique. Elles font mieux comprendre pourquoi les résultats de la ligamentopexie sont variables, et montrent comment l'on peut interpréter les cas où l'échec fonctionnel est total ou partiel. Mais elles ne sont pas d'un grand secours au point de vue pratique. Comment savoir, en pré-

sence d'une malade qui souffre, si ses accidents congestifs sont liés à une mauvaise position de l'utérus ou à des causes plus générales ? Comment savoir si une vieille entérite est encore capable de rétrocéder complètement ? Comment savoir si les troubles nerveux d'une femme dépendent assez étroitement de l'état de ses organes génitaux pour guérir par l'opération ? Si elle est névropathe parce qu'elle souffre de sa déviation, ou si elle souffre parce qu'elle est névropathe ?

Sans doute l'observation clinique très attentive peut fournir des présomptions en faveur de l'une ou de l'autre hypothèse. On tiendra compte des antécédents de la malade. On cherchera avec soin dans quel ordre chronologique les phénomènes sont apparus. Si leur début a suivi nettement la déviation en arrière de l'utérus, on pourra poser l'indication opératoire sans craindre beaucoup de se tromper. Mais souvent, on ne peut rien savoir sur le début de la rétroversion. On se trouve en présence d'un syndrome fonctionnel complexe. On ne sait quelle part attribuer dans ce syndrome à la rétroversion, et on hésite à poser l'indication opératoire. Sans doute il y a un moyen actif de trancher la difficulté, c'est d'opérer d'abord et de voir ensuite le résultat ; souvent, nous avons vu cette conduite être suivie par le professeur Faure. Mais ne peut-on faire mieux ?

C'est dans ces cas difficiles que nous proposons de faire une épreuve fort simple, l'épreuve du pessaire. Parmi les observations que nous avons recueillies,

l'une d'elles est tout à fait démonstrative à ce point de vue : elle a la valeur d'une expérience de laboratoire. Elle nous permettra de dire en quelques mots en quoi consiste cette épreuve. Il s'agissait (obs. VIII) d'une jeune femme atteinte de rétroversion avec troubles fonctionnels très marqués. Elle est opérée. En plus de la ligamentopexie, on pratique chez elle une appendicectomie, une ovario-salpingectomie, enfin une colpo-périnéorrhaphie. L'opération la guérit totalement de ces troubles. Mais cette opération était complexe. Il est impossible de savoir quel a été l'agent de guérison, de savoir si les troubles étaient dus à l'appendice, aux annexes, au prolapsus ou seulement à la rétroversion... Après un an et demi, brusquement, les mêmes troubles fonctionnels réapparaissent. Un examen montre que l'utérus est de nouveau basculé en arrière : la rétroversion a récidivé. C'est alors que nous voyons la malade. Nous pratiquons la réduction manuelle et plaçons un pessaire qui maintient la réduction. Tous les troubles disparaissent : l'épreuve du pessaire est positive. Nous pouvons alors affirmer que seule la rétroversion utérine entretient les troubles de la malade et nous sommes sûrs de la guérir par une nouvelle ligamentopexie qui, espérons le, ne se relâchera plus. L'avenir a, jusqu'à présent, justifié pleinement nos prévisions.

L'utilité de l'épreuve du pessaire est suffisamment prouvée par cet exemple. Si elle est négative, cas où la malade n'est pas soulagée par le redressement

momentané de son utérus, le chirurgien est averti que l'opération restera négative, elle aussi, au point de vue fonctionnel ; au lieu de faire une opération parcimonieuse, il est autorisé à faire une excrèse plus large ; ou bien le traitement chirurgical est contre-indiqué et il faut chercher autre chose. Si l'épreuve est positive, elle permet de poser nettement l'indication opératoire et d'écarter tout doute possible sur l'efficacité de l'opération. Enfin il y a encore une troisième alternative possible : il peut arriver que la guérison fonctionnelle persiste et soit définitive après l'ablation du pessaire. Mais ce cas est très rare.

L'épreuve du pessaire n'est possible que si la rétrodéviation est mobile ou mobilisable par le massage. On ne pourra pas la tenter dans tous les cas où l'utérus est irréductible (Mais alors il rare est que la rétrodéviation soit isolée et il y a souvent intérêt à faire la laparotomie pour vérifier l'état des annexes). Elle demande de la part des malades une certaine patience, car elle retarde la guérison définitive d'un mois ou deux, et une certaine intelligence : Beaucoup d'entre elles espèrent, lorsque le pessaire les a soulagées, être définitivement guéries et retardent le moment de l'intervention que nous leur conseillons. C'est pourquoi quelques-unes de nos observations sont incomplètes.

La petite épreuve que nous proposons n'est donc pas capable d'apporter une solution rapide et satisfaisante à tous les cas difficiles. Nous croyons cepen-

dant qu'elle peut souvent rendre des services, et elle est d'une telle simplicité qu'elle est à la portée de tous les cliniciens. Grâce à elle, on aura la satisfaction de débrouiller quelques cas complexes, et de pouvoir poser en pleine connaissance de cause, l'indication de la ligamentopexie.

OBSERVATIONS

Nous donnons ici quelques-unes des observations que nous avons recueillies à l'hôpital Broca ; nous avons choisi celles qui nous ont paru le plus typiques. Pour que la série fût complète, il aurait fallu y joindre des cas de rétrodéviation post-partum récentes guéries sans opération. Mais la plupart des malades non opérées n'ont fait que passer à la consultation ; nous les avons perdues de vue, et nous manquons de détails précis pour reconstituer leur histoire.

A ces observations du service du professeur Faure, nous en avons joint deux autres, qui nous ont paru intéressantes au point de vue des symptômes et du résultat opératoire. Mais nous ne les donnons pas comme modèle de conduite à tenir : l'opération aurait dû être faite beaucoup plus tôt :

OBSERVATION I

*Rétroflexion et annexite droite. — Ligamentopexie
et salpingectomie. ~ Guérison complète*

Mme G..., 21 ans.

Réglée depuis l'âge de 11 ans. Les règles duraient huit jours et elles étaient très douloureuses au début. Pertes blanches.

Mariée à 19 ans. Après son mariage, la malade commence à souffrir continuellement du ventre. Rapports sexuels douloureux.

Fausse couche d'un mois, à l'âge de 20 ans. A la suite de cette fausse couche, la malade dut rester alitée pendant six mois : température, pertes jaunes purulentes, crises douloureuses abdominales très vives, amaigrissement très marqué.

Elle entre à l'hôpital Broca au mois d'août 1920. Diagnostic : **rétroflexion adhérente avec annexite.**

20 août 1920. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est en rétroflexion, fixé dans cette position par des adhérences inflammatoires qui se laissent assez facilement libérer. L'extrémité distale des deux trompes est volumineuse et présente des signes de salpingite parenchymateuse. De plus la trompe droite est prolabée dans le petit bassin et adhérente à la paroi. Ovaire gauche petit, atrophié. Ovaire droit normal. Aussi se contente-t-on d'enlever la trompe droite seule (la malade est jeune, désire avoir des enfants. De plus, cliniquement, seul le côté droit est perceptible au toucher et douloureux). Fixation des ligaments ronds suivant la méthode de Doléris. Fermeture de la paroi par plans sans drainage.

21 avril 1921. — Deux mois après l'opération, la malade a commencé à pouvoir circuler et à reprendre sa vie ordinaire. Elle se dit guérie complètement par l'opération, ne souffre plus, n'a plus de pertes blanches ; ses règles sont normales et indolores. Elle a engraisé de 14 kilos.

A l'examen : utérus en situation normale. Le fond est perçu en avant, bien qu'il n'appuie pas directement sur la paroi. Annexes normales.

OBSERVATION II

Rétroversion avec double annexite. — Hystérectomie subtotale

Mme V..., 23 ans.

Premières règles à 14 ans ; elles duraient quatre jours et s'accompagnaient toujours de douleurs vives.

Opérée de l'appendicite à l'âge de 15 ans.

La santé de la malade ne s'améliore pas après l'opération. Elle souffre l'année suivante de crises d'entérite avec constipation opiniâtre et douleurs dans le bas-ventre.

Mariée à 19 ans. Pas d'enfants. Pas de fausses couches.

Depuis mai 1920, les douleurs abdominales qui n'avaient jamais cessé complètement, deviennent plus fortes. Elles sont exagérées par la marche et la station debout ; constipation, pertes jaunes dans l'intervalle des règles, règles douloureuses. Troubles gastriques.

La malade travaillait à la machine à pédale. Depuis un mois, elle ne peut plus travailler du tout.

Elle entre à Broca le 4 avril 1921.

Diagnostic : rétroversion avec salpingite droite.

Opération : hystérectomie subtotale de droite à gauche pour double salpingite. Salpinx peu volumineux, mais fermés. Ovaires scléro-kystiques. Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires normales.

La malade quitte l'hôpital en bon état.

OBSERVATION III

Rétrodéviation et annexite gauche. — Ligamentopexie, ablation des annexes. — Guérison incomplète. — Persistance des troubles généraux.

Mme S..., 28 ans.

Bonne santé habituelle avant le mariage. Règles normales durant trois jours.

Mariée à 19 ans. Premier enfant à 20 ans.

Immédiatement après l'accouchement, la malade commence à se sentir fatiguée. Elle a mal dans les jambes, elle a une sensation de faiblesse générale, elle souffre continuellement des reins. Elle ne supporte plus son travail (travaillait à la machine à pied). Constipation. Pertes blanches. Rapports sexuels douloureux. Troubles nerveux : la malade se dit « neurasthénique », elle est impressionnable, agitée ou triste, pleure facilement.

Quelques mois plus tard, apparition d'une douleur abdominale du côté gauche. Il n'y a jamais eu de dysménorrhée.

Entrée à Broca en août 1920, pour rétroversion et salpingite gauche.

3 septembre 1920. — Opération : Ligamentopexie et ablation des annexes gauches.

12 mai 1921. — La malade nous dit avoir été améliorée mais non guérie complètement par opération. La douleur à gauche a disparu complètement. Les douleurs lombaires sont moins fortes. Mais les sensations de lassitude dans les jambes, de faiblesse, les troubles nerveux persistent comme auparavant. L'état était meilleur il y a quelques mois qu'à présent.

A l'examen : cicatrice parfaite. Utérus, en très bonne position.

Annexes non perçues à droite.

OBSERVATION IV

Ligamentopexie pour rétroversion simple, avec troubles digestifs surtout. — Amélioration, mais persistance des troubles digestifs.

Mme R..., 27 ans.

Avant le mariage : anémie ; règles habituellement indolores, mais de temps en temps, pendant la période menstruelle, survenait une crise de douleurs violentes ; pertes blanches.

Après le mariage, commencent les troubles fonctionnels qui ont amené la malade à se faire opérer : grande constipation (la malade est restée une fois dix jours sans pouvoir aller à la selle). Règles très douloureuses la forçant à garder le lit les premiers jours. Sensation de pesanteur dans le ventre. Entérite muco-membraneuse. Stérilité. Dépression mélancolique, avec « idées noires ». Mauvais état général : anorexie et amaigrissement.

27 septembre 1920. — La malade est opérée à l'hôpital Broca. On trouve une rétrodéviatio*n* sans autres lésions. Appendicectomie et raccourcissement des ligaments ronds.

12 mai 1921. — La malade est revue à cette date. Elle va mieux depuis l'opération : les règles sont actuellement indolores et la sensation de pesanteur a disparu. Mais il y a eu une réc*id*ive d'entérite en novembre dernier, avec diarrhée ; cette affection a cédé par le traitement médical. En mars, retard de règle de dix jours, suivi d'une perte assez abon-

dante, et d'une augmentation de volume des seins. Depuis, les règles sont normales.

A l'examen :

Utérus bien fixé.

Annexes normales.

OBSERVATION V

Ligamentopexie pour rétrodéviation simple

Amélioration fonctionnelle, puis récursive.

Mme D..., vingt-trois ans.

Avant le mariage : règles douloureuses. Douleurs lombaires surtout après la station debout. Pertes blanches abondantes.

Après le mariage, la malade a moins souffert. Mais les rapports sexuels étaient très douloureux. Grossesse l'année suivante. Après la grossesse, les malaises augmentèrent : douleurs dans la région lombaire, douleur au creux épigastrique avec digestions pénibles et vomissements, dysurie.

Entrée à l'hôpital Broca en septembre 1920.

A l'entrée : utérus en rétroversion. Le col regarde en avant, derrière la symphyse. Annexes droites sensibles. Douleur au point de Mac Burney.

29 juillet 1920. — Opération : appendicectomie. L'utérus rétroversé est un peu gros, les annexes sont normales. Fixation par la méthode de Doléris.

12 mai 1921. — La malade revient se faire examiner. Elle a été passagèrement améliorée après l'opération. Mais depuis trois mois, la dysménorrhée, les troubles gastriques ont reparu. La malade se plaint des reins, des jambes. Elle a des pertes blanches.

Examen : Utérus en bonne position, bien fixé. Rien du côté des annexes.

OBSERVATION VI

Ligamentopexie pour rétroversion sans lésions annexielles.

Guérison fonctionnelle. — Persistance de la leucorrhée.

Mme W..., vingt-deux ans.

Réglée à treize ans, régulièrement, sans douleurs vives.

Leucorrhée habituelle.

Grossesse normale à dix-sept ans.

Début de l'affection actuelle en février 1920. A ce moment, la leucorrhée s'est modifiée, et les pertes sont devenues verdâtres, tachant le linge.

En même temps, apparition de douleurs dans le ventre. Quand la malade se lève, elle a l'impression de « quelque chose qui tombe » dans son côté droit. Les douleurs s'exagèrent au moment des règles.

Entrée à Broca en janvier 1921.

29 janvier 1921. Laparotomie médiane : rétroversion sans lésions annexielles. Hystéropexie par le procédé de Doléris. Appendicectomie.

28 avril 1921. — La malade est guérie, ne souffre plus depuis l'opération. Seule la leucorrhée persiste, abondante.

Utérus en bonne position.

OBSERVATION VII

Rétrodéviation réduite autrefois par le pessaire, actuellement guérie. — Persistance de douleurs et de ménorragies

Mme B., trente-trois ans.

Règles toujours irrégulières durant huit jours, douloureuses le premier jour. Douleurs dans le bas-ventre.

Mariée à vingt-cinq ans. Les douleurs ayant augmenté, la

malade se fait examiner par un médecin qui diagnostique une rétroversion utérine, et la traite par le pessaire. La malade est complètement soulagée. Presque aussitôt après, elle est enceinte. Le médecin retire le pessaire. Fausse-couche accidentelle de cinq mois. Le pessaire est remis en place. Nouvelle grossesse qui est menée à terme : naissance d'un enfant bien portant.

Le pessaire n'a plus été remis. Après l'accouchement, la malade souffre encore, mais moins qu'avant d'être traitée.

Trois ans après, nouvelle grossesse.

En janvier 1921, la malade vient consulter pour douleurs dans la région lombaire et au creux épigastrique. Les dernières règles ont été abondantes, ont duré plus de huit jours.

Examen : gros utérus mou avec bosselures, rétroversé mobile. Pas d'annexite. On essaie de réduire l'utérus, pensant le fixer ensuite par le pessaire ou l'opération.

La malade ne revient que le 17 avril 1921. Elle va mieux, souffre moins du ventre. Mais elle se plaint d'avoir des règles douloureuses, abondantes, en caillots, durant douze jours.

Mauvais état général. Amaigrissement.

À l'examen : Utérus gros, mou, en position droite. La rétroversion ne s'est pas reproduite.

OBSERVATION VIII

Rétrodéviation avec lésions associées et troubles fonctionnels marqués. — Intervention complexe. — Récidive de la déviation. — Epreuve du pessaire. — Ligamentopexie et guérison complète.

Mme U..., quarante-et-un ans, cuisinière.

La malade a des hérédités assez chargées : son père est mort alcoolique, ainsi que son grand-père. Il y a, dans sa

famille, deux enfants anormaux, arriérés, porteurs de diverses malformations.

Premières règles à treize ans. Dès le début, les règles étaient anormalement douloureuses ; le premier jour, elles s'accompagnaient de coliques vives, de douleurs lombaires qui obligeaient la malade à garder le lit. Les douleurs précédaient d'une demi-journée l'apparition du sang ; les règles duraient six jours.

Mariée à vingt-quatre ans. Dès cette époque, la malade était sujette à des crises de dépression mélancolique. Elle s'attristait au sujet de son jeune frère idiot et de son mari qui commençait à boire.

Deux grossesses à terme suivies d'accouchements normaux. Restée veuve à trente-quatre ans, la malade vint se placer à Paris comme cuisinière.

L'affection actuelle a commencé insidieusement il y a quatre ans environ par toute une série de symptômes :

1° Des douleurs abdominales diffuses, donnant à la malade une sensation de grande pesanteur dans le ventre, parfois localisées à gauche et irradiées dans le thorax. Le matin, la malade ne souffrait pas ; mais le soir, après avoir marché, être restée debout, elle commençait à souffrir.

Les règles étaient moins douloureuses qu'autrefois.

2° De la constipation et des troubles digestifs, anorexie, amaigrissement, maux d'estomac revenant chaque nuit, à la même heure.

3° Des troubles du caractère. La malade devenait irritable, elle avait des colères et des crises de larmes, devenait exigeante pour son entourage, et cherchait la solitude. Elle se

sentait déprimée, la tête vide et le regard vague. Elle avait une impression de tristesse et d'abandon.

4° De l'hypersensibilité au froid. La malade portait de petits chaussons de laine et des sabots. Elle craignait d'aller dehors.

Elle est hospitalisée à Broca le 27 octobre 1919.

Diagnostic à l'entrée : annexite gauche. Appendicite chronique. Rétroversion utérine. Déchirure du périnée.

Opération faite le 17 novembre 1919 : ovariectomie gauche. Appendicectomie. Ligamentopexie. Colpo-périnéorraphie antérieure et postérieure avec suture des releveurs. Un mois après l'opération, la malade reprend son travail. Elle souffre encore un peu du ventre, se plaint de douleur en ceinture de temps en temps. Six mois plus tard, elle est complètement guérie, elle a cessé de souffrir, elle engraisse. Elle a retrouvé son caractère habituel. Elle ne craint plus le froid et sort avec plaisir.

Mais en janvier 1920, après une course fatigante, elle a l'impression que « quelque chose se déplace dans son ventre ». Rapidement tous les symptômes réapparaissent : fatigue, constipation, pesanteurs, tristesse et réactions émotives.

Elle revient consulter à Broca, et on constate que la rétroversion s'est reproduite : le col regarde en haut et en avant ; l'utérus renversé est mou, œdémateux.

Au début de mars, on réduit la déviation, l'utérus étant très mobile, et on applique un pessaire. La malade est immédiatement soulagée. Les symptômes disparaissent.

21 mars 1921. — Elle entre salle Guérin pour subir une nouvelle opération de fixation de l'utérus.

Opération le 2 avril 1921 : résuction de la cicatrice. Aucune adhérence. L'utérus, gros et congestionné, est en arrière,

complètement basculé dans le Douglas. Les ligaments ronds ne sont pas déchirés. Avivement de la face antérieure de l'isthme et hystéropexie directe à ce niveau. Puis ligamentopexie par le procédé de Doléris.

Suites opératoires très bonnes.

La malade quitte l'hôpital le 23 avril. Le 24 mai, elle donne de ses nouvelles : elle va très bien, ne souffre plus du ventre, reprend des forces, se sent gaie et bien portante.

OBSERVATION IX

Rétroversion adhérente améliorée par le massage.

Epreuve du pessaire positive.

Mme D..., 37 ans,

Bonne santé habituelle, avant l'affection actuelle. La malade a eu deux enfants. Suites de couches normales.

30 septembre 1919. — La malade entre salle Récamier pour des métrorragies abondantes, dues dit-elle à une chute, non précédées d'un retard de règles. Le médecin qui l'a vue chez elle, a pensé cependant à une fausse couche.

Examen à l'entrée : utérus gros, en rétroflexion. Pas d'annexite. Métrite du col.

15 octobre 1919. — Curettage.

La malade quitte l'hôpital améliorée. Les hémorragies ont disparu. Mais elle se plaint de fatigue, de pesanteur dans le bas-ventre, de tiraillements dans les reins. Elle urine souvent. Elle revient à la consultation en février 1920. La rétroflexion est fixée.

Séances de massage tous les deux jours : amélioration. On arrive à réduire partiellement la déviation.

Au début de juillet 1920, on peut appliquer un pessaire.

La malade est tout à fait soulagée. On lui propose alors l'opération, mais elle refuse.

En décembre 1920, elle revient à la consultation, se plaignant de son côté gauche. On trouve à ce niveau des annexes douloureuses un peu augmentées de volume. On enlève le pessaire.

10 avril 1921. — La malade est examinée à nouveau : la rétroversion s'est reproduite, et la fatigue, la courbature lombaire sont devenues chroniques. Elle reviendra dans quelques mois se faire opérer.

OBSERVATION X

Rétroversion. — Epreuve du pessaire positive ; secondairement, annexite double et hystérectomie

Mme P..., 27 ans.

La malade se portait bien autrefois. Elle a eu trois enfants. Grossesses et suites de couches normales.

Début de l'affection en octobre 1919 par un seul symptôme : des douleurs très vives dans la région lombaire, qui s'exagèrent pendant les règles.

La malade vient consulter en janvier 1920 : gros utérus rétroversé et rétrofléchi, irréductible. Pas d'annexite.

Traitement : Massage pendant quinze jours. Puis réduction et application d'un pessaire.

La malade quitte l'hôpital entièrement soulagée. Elle revient se faire examiner à la consultation mais refuse l'opération de fixation qu'on lui conseille.

En mars 1921, elle est prise brusquement de douleurs vives dans le côté gauche ; sensation de brûlure en urinant ; pertes jaunes.

Elle est reçue à l'hôpital Broca.

Diagnostic à l'entrée : salpingite double. Périméto-salpingite. Utérus en rétroversion englobé.

11 avril. — Hystérectomie abdominale subtotale par le procédé américain, de droite à gauche. On trouve à droite un gros psoalpinx de la taille d'une mandarine.

Guérison.

OBSERVATION XI (personnelle)

Rétroversion simple, sans lésions associées, avec troubles fonctionnels complexes. — Hystéropexie. — Guérison

Mme X...

Bonne santé habituelle. Règles normales et indolores.

En 1891 (la malade était alors âgée de 25 ans), première grossesse, terminée par un accouchement normal. Déchirure du périnée, suturée immédiatement.

Trois semaines après l'accouchement, la malade commence à se plaindre de « tiraillements dans les reins et les jambes ». Ces douleurs s'accompagnent d'un suintement sanguin qui se prolonge pendant plusieurs jours et d'une congestion hémorroïdaire.

Quelques mois après, un médecin, consulté, diagnostique une rétroversion utérine mobile, et pratique la réduction manuelle, mais sans appliquer de pessaire parce que, dit-il, les parois vaginales sont trop larges et trop souples pour que l'instrument reste en place. La malade est soulagée. Mais à la suite d'une promenade à bicyclette, les mêmes symptômes reparaissent. La rétroversion s'est reproduite.

1892. — Fausse couche de deux mois environ.

1893. — Nouvelle grossesse : vers le quatrième mois, on

pratique la réduction de l'utérus gravide. Accouchement d'un enfant à terme.

1894. — Troisième grossesse, menée à terme comme la précédente, grâce à la même manœuvre.

Après la naissance de ce troisième enfant, la fatigue et les malaises augmentent : lassitude perpétuelle, tiraillements dans les reins et les jambes, constipation chronique, entérite muco-membraneuse. Les règles exagèrent tous ces symptômes et la malade reste étendue pendant toute leur durée. De temps en temps, surviennent des crises hémorroïdiaires très douloureuses. Pollakiurie.

1898. — Fausse couche de quinze jours.

1900. — Fausse couche de trois mois.

1901. — Fausse couche de trois mois.

Ces avortements se sont produits, bien que la malade ait gardé le décubitus ventral continuellement pendant toute la gestation, sur l'ordre du médecin, et avant que ce dernier ait jugé à propos de réduire l'utérus gravide.

1904. — Les crises hémorroïdiaires deviennent plus fréquentes et beaucoup plus pénibles. Après un voyage en chemin de fer, la malade fait une crise très forte. A ce moment, elle « souffre horriblement », ne peut presque plus marcher.

L'opération est enfin décidée : on fait une hystéropexie directe au niveau de l'isthme. La rétroversion était adhérente, mais les annexes étaient intactes. On fait en même temps une dilatation anale.

La convalescence fut longue, mais au bout de quelques mois, la malade était entièrement guérie, ne souffrait plus ni du ventre, ni des hémorroïdes.

1906. — Grossesse. Naissance d'un enfant vivant trois semaines avant terme.

Suites de couches normales. La déviation ne s'est jamais

reproduite, et actuellement, la malade mène une existence-tout à fait normale. L'entérite a guéri comme les autres symptômes.

OBSERVATION XII

(Publiée par Richelot, dans *la Gynéc.* 1905. Résumée.)

Rétroversion sans lésions associées, avec troubles fonctionnels marqués. — Epreuve du pessaire positive. — Ligamentopexie. — Guérison.

Il s'agit d'une jeune femme de 29 ans.

Etant jeune fille, elle souffrait. Elle fut alors soignée pour une « rétroversion avec salpingite à droite ». Elle resta deux ans couchée, ayant de fortes douleurs du côté droit, dans l'impossibilité absolue de marcher tant soit peu, et surtout d'aller en voiture.

Un jour, l'utérus de ma jeune malade fut redressé par un pessaire. et cela lui fit tant de bien qu'on la considéra comme guérie. Elle pouvait marcher. Elle n'avait plus que des tiraillement très douloureux par moment, qui lui paraissaient peu de chose auprès de ce qu'elle avait souffert.

Quatre années se passèrent ainsi. Elle se maria, et pendant quatre années encore, elle n'alla pas trop mal, pouvant se passer du pessaire.

Tout à coup, sans motif apparent, les maux d'autrefois reparurent de plus belle. Le médecin parla de salpingite, mais cette fois, la malade souffrait à gauche. On proposa une opération mutilatrice qui fut refusée. Si bien qu'ayant vu s'ajouter à ses maux « des pertes sanguinolentes suivies de douleurs qui l'empêchaient de marcher, et des élancements continuels du côté gauche », la malade continua « de

traîner son existence misérable », jusqu'au jour où il fut décidé qu'on viendrait à Paris.

Lorsque je la vis à Paris, la jeune femme avait un utérus un peu gros, renversé dans le Douglas, très mobile, et je ne pouvais lui trouver d'autres lésions.

Opération le 18 mai 1905 : utérus libre, ovaires scléro-kystiques, péritoire intact. A droite et à gauche, la trompe si souvent incriminée qui devait nous montrer au moins les stigmates d'une salpingite ancienne de dix ans, était saine, fluette et mobile. Je redressai l'utérus en accrochant les ligaments ronds à l'angle inférieur de la plaie.

Quant au résultat, je laisse parler la malade (sept. 1905).

« Je ne suis plus la même. J'ai fait dernièrement une promenade à pied de six kilomètres sans fatigue. Je n'ai plus de douleurs ni à droite ni à gauche, à peine quelques tiraillements de temps en temps. Mais cela n'a rien de comparable avec le passé. Je vous le répète, je ne suis plus la même. »

CONCLUSIONS

1° Il n'y a pas de discussion au sujet du traitement des annexites avec rétrodéviations. C'est le traitement habituel des annexites, médical d'abord, puis chirurgical, la déviation utérine n'étant qu'un phénomène aggravant au cours de la maladie ;

2° La rétrodéviations récente peut guérir par la réduction et le pessaire, et d'autant plus facilement qu'elle aura été dépistée dès son début ;

3° Les rétrodéviations chroniques sont habituellement traitées par le redressement opératoire de l'utérus, en particulier par la ligamentopexie ;

4° Ce traitement ne donne pas toujours des résultats fonctionnels excellents pour des raisons multiples, difficiles à définir ; si bien que le médecin est quelquefois embarrassé pour conseiller l'opération. Or il est possible de prévoir le résultat opératoire : il suffit de tenter la réduction manuelle de l'utérus et de le maintenir en bonne situation par un pessaire. On appréciera ainsi le degré de soulagement obtenu.

Ce traitement d'épreuve est utile dans beaucoup de cas pour poser fermement l'indication opératoire. C'est ce que nous appelons l'épreuve du pessaire.

Vu : le Président de la thèse,
J.-L. FAURE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPEL

BIBLIOGRAPHIE

- Faure et Siredey.* — Traité de gynécologie.
- Comptes rendus du Congrès périodique d'Obst., Gynéc. et Péd.*
Bordeaux, 1895. — Question à l'ordre du jour : Déviations utérines. Discussion : Gouilloud, Jeannel, Bouilly, Berlin, Dubourg, Tédénat, etc.
- Bouilly.* — Symptômes et traitement des rétrodéviations non compliquées (*La Gynéc.*, 1896).
- Compte rendus du II^e Congrès internat. d'Obst. et de Gyn.*
Genève, 1896. Question : Traitement chirurgical des déviations utérines. Rapports de Pozzi, Polk, Küstner. Discussion : Doléris, Pichevin, Péan, Chaleix, etc.
- Petit.* — Réflexion clin. et opér. sur 66 cas de dév. utérines (*Sem. Gynéc.*, 1896).
- Bonnet.* — Indications de l'opération d'Alexander (*Sem. Gynéc.*, 1896).
- Pozzi.* — De l'indic. du traitement opér. des rétrodev. de l'utérus (*Revue de Gyn. et de Chir. abd.*, 1897).
- Jarle et Lima (de).* — Fréquence de l'annexite dans la rétrodev. ut (*id.*, 1897).
- Doléris.* — Traitement chirurg. de la rétrov. Résultats de 88 cas traités par les « opérations combinées » (*La Gynéc.*, 1898).
- Fumey.* — Trait. des rétrodev. utérines. Thèse de Paris, 1899-1900).
- Hivet.* — Contrib. à l'étude du trait. des rétrodev. de l'utérus par le racc. intra-abd. des lig. ronds. Thèse de Paris, 1900-1901.
- Solé.* — Troubles nerveux dans les rétrodev. utérines (*Presse méd. belge*, 1902).
- Baldy.* — Retrodisplacements of the uterus and their treatment (*New-York med. Journ.*, 1903).
- Doléris.* — De l'hystéropexie physiол. et ligamentaire (*La Gynéc.*, 1904).
- Richelot.* — Il faut redresser les rétroversions (*La Gynéc.*, 1905).
- Pichevin.* — Les fausses utérines. Panoptose (*Sem. Gynéc.*, 1905).

- Cugno.* — Contr. à l'étude de la ligamentopexie. Thèse de Paris, 1906-1907.
- Dalché.* — Les métrorr. virginales conséc. à la rétrodev. de l'utérus (La Clinique, 1908).
- Lapointe.* — Le trait. non opér. de certains dev. de l'utérus (La Clinique, 1908).
- Macrez.* — Tonicité utéro-pelvienne et rétrodev. (La Gynéc., 1909).
- Rétrodev. aiguë (La Gynéc., 1910).
- Déroye (J.).* — Rétroflexion primitive. Thèse de Paris, 1909-1910.
- Pichevin.* — Trait. de la rétrodev. utérine par les pessaires (Sem. gynéc., 1910).
- Jeannin (G.).* — Conception actuelle du trait. chirurg. de la rétrov. de l'utérus (Presse méd., 1910).
- Reynolds.* — The etiology of the ptoses and their relation to neurasthenia (Journ. of the Am. Med. Assoc., 1910).
- Reynolds and Lovett.* — An experimental study of certain phases of chronic backache. Id.
- Laurent (Antony).* — Utilité du trait. méd. dans les rétrodev. utérines Thèse de Paris, 1912-1913.
- Lejars.* — L'utérus ballant (Sem. méd., 1914).
- Flint.* — Retrodisplacements following confinement (The Amer. Journ. of Obst., 1914).
- Holden.* — Chief factors in failure of operation for retrodisplacement of the uterus (Journ. of the Amer. Med. Ass., 1914).
- Clarke.* — Operative treatment of the retroversion of the uterus (Surg., Gynec. and Obst., 1915).
- Pelavsky.* — Résultats éloignés de l'hystéropexie par le procédé de Doléris. Thèse de Paris, 1915-1916.
- Jacoby.* — Retroversion and retroflexion (Med. Rec. New-York, 1916).
- Reynolds.* — An expedient par the radical cure of some retroversions (Boston Med. and Surg. Journ., 1916).
- Dickinson.* — Usefulness and limitations of the pessary treatment (Med. Rec., 1916).
- Roques.* — Contrib. à l'étude de la rétroversion utérine et de son traitement. Thèse de Montpellier, 1918.
- Herz.* — A case of retroversion with unusual symptoms (Med. Rec. 1919).

